

Regionalni ured Područna služba

MBO

OIB

Ime i prezime

Datum rođenja

Adresa osig. osobe

Grad/naselje Ulica i broj



Naziv, adresa i broj telefona zdravstvene ustanove / ordinacije privatne prakse / isporučitelja koji propisuje pomagalo

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse ili šifra ugovorne maloprodajne lokacije

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra ugovornog doktora

--	--	--	--	--	--	--	--

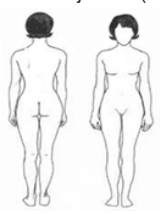
Kat. osig. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				Spol <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja	Broj evidencije Zak. o obv. zdr. osig.* prijave ozljede/bolesti <table border="1"><tr><td>PNTJO</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	PNTJO							
PNTJO																		
Drž. osig. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartica ZO ili certifikata			Zak. o obv. zdr. osig.* <table border="1"><tr><td>OR</td><td>PB</td></tr></table>	OR	PB									
OR	PB																	
				Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti														

POTVRDA o oblogama za rane

I. PODACI O POMAGALU I DIJELOVIMA POMAGALA

Dijagnoza:

Lokalizacija rane (označiti na slici)



OPIS RANE	DUBINA***	DNO***	SEKRECIJA***	SEKRET***
Veličina**	površinska _____	nekroza _____	bez sekrecije _____	serozan _____
1-5 cm _____	srednje duboka _____	fibrinske naslage _____	slaba _____	sukrvav _____
5-10 cm _____	duboka _____	granulacija _____	srednja _____	gnojna _____
10 cm i više _____		epitelizacija _____	jaka _____	
			obilna _____	

Inficirana rana: **DA*** - **NE***

Početak primjene terapije oblogama: _____ /20____ g.
datum

Znakovi cijeljenja rane: **DA*** - **NE***

NAPOMENA:

upisati broj rana u pojedinom rasponu veličine (obavezan podatak) *nije obavezan podatak

Redni broj	Šifra i barkod pomagala	Naziv pomagala iz Popisa pomagala	Veličina obloge za rane cm x cm	Šifra veličine obloge	Količina	Potrebno odobrenje liječničkog povjerenstva Zavoda
1.						DA* - NE*
2.						DA* - NE*
3.						DA* - NE*
4.						DA* - NE*

M.P. _____

U 20

Šifra, potpis, faksimil i pečat doktora koji je propisao pomagalo ili šifra ugovornog isporučitelja

II. ODOBRENJE LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA

Nalaz, mišljenje i ocjena

Odobrenje broj _____ / _____

Šifra i potpis člana LP-a

Šifra i potpis člana LP-a

Šifra i potpis člana LP-a

KLASA:

M.P. URBROJ:

U 20

III. OVJERA POTVRDE (ispunjava ovlaštteni radnik Zavoda)

Broj potvrde

Redni broj	Šifra pomagala iz Popisa pomagala	Naziv pomagala iz Popisa pomagala	Količina
1.			
2.			
3.			
4.			

U , 20g.

M.P.

Šifra i potpis ovlaštenog radnika Zavoda

IV. IZDAVANJE (ispunjava ugovorni isporučitelj)

Matični broj HZZO: 0 3 5 8 0 2 6 1

Ugovorni isporučitelj:

OIB: 02958272670

Naziv: Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj)

Adresa maloprodajne lokacije (mjesto, ulica i broj)

Šifra maloprodajne lokacije

Broj žiro-računa:

Poziv na broj:

R1

Broj računa isporučitelja:

Matični broj isporučitelja:

OIB isporučitelja:

Broj maloprodajnog računa

Redni broj	Šifra isporučenog pomagala	Naziv isporučenog pomagala	Šifra veličine obloge	Količina	Jedinična cijena u kn (s PDV-om)	Iznos u kn (s PDV-om)
1.						
2.						
3.						
4.						

Ukupno:

1. Ukupan iznos za pomagala (s PDV-om) kn

2. Iznos sudjelovanja kn

3. Iznos na teret obveznog zdravstvenog osiguranja kn

4. Iznos obračunatog PDV-a u točki 3. kn

Datum narudžbe /20... g.

Mjesto i datum izdavanja računa , 20.... g. Potvrđujem primitak pomagala - SA* jamstvenim listom

- BEZ* jamstvenog lista

M.P.

Potpis osigurane osobe:

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe koja je izdala pomagalo

V. IZJAVA OSIGURANE OSOBE (članak 15)

Ovom izjavom izjavljujem da pristajem na isporuku istovrsnog pomagala iz Popisa pomagala, u odnosu na propisano pomagalo.

Potpis osigurane osobe:

M.P.

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

VI. IZJAVA OSIGURANE OSOBE (članak 17)Od strane ugovornog isporučitelja informiran sam da pomagalo koje mi je propisano na potvrdi Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (**standardno pomagalo**), imam pravo nabaviti na teret Zavoda, bez obveze podmirenja dodatnih troškova, osim sudjelovanja ako istog nisam oslobođen/a ili nemam sklopljen ugovor o dopunskom osiguranju.Ovom izjavom izjavljujem da pristajem na isporuku **skupljeg - nadstandardnog pomagala**, čime ću razliku u cijeni od cijene standardnog pomagala koju podmiruje Zavod do stvarne cijene nadstandardnog pomagala snositi osobno. Na taj način pristajem da za popravak pomagala uključujući i rezervne dijelove za to pomagalo Zavod snosi troškove u visini troškova standardnog pomagala, a troškove rezervnog dijela za pomagalo veće vrijednosti koje ne sadržava standardno pomagalo kao i troškove zamjene tog dijela snosim osobno.

Potpis osigurane osobe:

M.P.

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

U , 20g.